

An die  
Landes Zahnärztekammer für Steiermark  
Marburger Kai 51/2  
8010 Graz

*zur Weiterleitung an die Steiermärkische Gebietskrankenkasse*

## Bekanntgabe des Jobsharings wegen Altersteilzeit

### Persönliche Daten des Vertragsfacharztes für ZMK / Vertragszahnarztes

Titel: \_\_\_\_\_

Familien- und Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ordinationsadresse: \_\_\_\_\_

aktuelle Nebenbeschäftigungen: \_\_\_\_\_

Telefon / Handynummer: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Persönliche Daten des Jobsharingpartners

Facharzt für ZMK

Zahnarzt

Titel: \_\_\_\_\_

Familien- und Vorname: \_\_\_\_\_

*Soweit in diesem Formular personenbezogene Bezeichnungen angeführt sind, beziehen sich diese auf Frauen und Männer in gleicher Weise*

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse (allfällige Ordinationsadresse): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon / Handynummer: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich bin in der Zahnärzteliste der Österreichischen Zahnärztekammer geführt als:  
**(Zutreffendes bitte ankreuzen)**

- Wohnsitzfacharzt für ZMK / Wohnsitzzahnarzt
- angestellter Facharzt für ZMK / angestellter Zahnarzt
- niedergelassener (Wahl)Facharzt für ZMK / niedergelassener (Wahl)Zahnarzt

## Altersteilzeit

**(maximal für die Dauer von 5 Jahren möglich; der früheste Beginn der Altersteilzeit ist maximal 5 Jahre vor dem Erreichen des jeweiligen Regelpensionsalters nach dem ASVG möglich)**

Beginn des Jobsharings (Quartalsbeginn): \_\_\_\_\_

Ende des Jobsharings (Quartalsende): \_\_\_\_\_

**Gemeldete Ordinationszeiten** des Vertragsfacharztes für ZMK /Vertragszahnarztes:

MO: \_\_\_\_\_

DI: \_\_\_\_\_

MI: \_\_\_\_\_

DO: \_\_\_\_\_

FR: \_\_\_\_\_

SA: \_\_\_\_\_

**Der Vertragsfacharzt für ZMK/Vertragszahnarzt verpflichtet sich gemäß § 3 (2) der Jobsharing - Vereinbarung mindestens 50% der vereinbarten Ordinationszeiten persönlich zu erbringen.**

**Aufteilung der Ordinationszeiten** zwischen Vertragsfacharzt für ZMK /  
Vertragszahnarzt und Jobsharingpartner:

**Vertragsfacharzt für ZMK/Vertragszahnarzt**

**Jobsharingpartner**

MO: \_\_\_\_\_

MO: \_\_\_\_\_

DI: \_\_\_\_\_

DI: \_\_\_\_\_

MI: \_\_\_\_\_

MI: \_\_\_\_\_

DO: \_\_\_\_\_

DO: \_\_\_\_\_

FR: \_\_\_\_\_

FR: \_\_\_\_\_

SA: \_\_\_\_\_

SA: \_\_\_\_\_

**Ich erkläre ausdrücklich mit meiner Unterschrift, dass ich die Einzelverträge mit den Sozialversicherungsträgern spätestens per**

**zurücklege.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vertragsfacharztes für  
ZMK/Vertragszahnarztes

**Der Jobsharingpartner erklärt mit seiner Unterschrift, dass es ihm bekannt ist, dass ihm aus der Jobsharingvereinbarung keinerlei Rechtsansprüche (z.B. Honoraransprüche aus der vertragszahnärztlichen Tätigkeit) gegenüber dem Krankenversicherungsträger entstehen und ihm aus dieser Vereinbarung kein Rechtsanspruch auf Abschluss eines §-2-Kassen-Einzelvertrages erwächst.**

**Weiters nimmt der Jobsharingpartner mit seiner Unterschrift zur Kenntnis, dass er für die Dauer des Jobsharings nicht als Wahlzahnarzt in der Ordinationsstätte des Vertragszahnarztes tätig sein darf bzw. keine eigene Vertragszahnarztordination führen darf.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Jobsharingpartners